1906

Stanford University Libraries NOV 16 1906

Kasuistischer Beitrag zu den psychopathischen und neuropathischen Erscheinungen nach Strangulationsversuchen.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

hohen medizinischen Fakultät

der

kgl. bayr. Friedrich-Alexanders-Universität

Erlangen

vorgelegt von

Carl Wilhelm Werner

prakt. Arzt

aus Burgfarrnbach

Tag des Colloquiums: 23. Juni 1906

Buchdruckerei Georg Beringer Nürnberg.

Kasuistischer Beitrag zu den psychopathischen und neuropathischen Erscheinungen nach Strangulationsversuchen.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

hohen medizinischen Fakultät

der

kgl. bayr. Friedrich-Alexanders-Universität

Erlangen

vorgelegt von

Carl Wilhelm Werner

prakt. Arzt

aus Burgfarrnbach

Tag des Colloquiums: 23. Juni 1906

Buchdruckerei Georg Beringer Nürnberg.

Gedruckt mit Zustimmung der medizinischen Fakultät.
Referent: Herr Prof. Dr. Specht.
Dekan: Herr kgl. Hofrat Prof. Dr. Oeller.

Dem Andenken meines Vaters gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153716_0158

Trotzdem unter allen Arten Selbstmord in Deutschland das Erhängen am häufigsten ist (in Preussen allein 61,3 % der männlichen und 44,5 % der weiblichen Selbstmorde bei einer Gesammtzahl von rund 7300 [1]), ist die Literatur über Wiederbelebung Erhängter eine noch ziemlich spärliche, obgleich die Erscheinungen, welche ein rechtzeitig vom Strange abgeschnittener zu bieten pflegt, dem Beobachter grosses Interesse abzugewinnen geeignet sind.

Den ersten Versuch einer zusammenhängenden Darstellung und einer Erklärung dieser Erscheinungen machte Hofmann in Wien in seinem „Lehrbuch der gerichtlichen Medizin“ [2]. Später, im Jahre 1889, hat dann Julius Wagner das bis dahin vorhandene spärliche Beobachtungsmaterial gesammelt und in einem Aufsatze [3] veröffentlicht.

Gegen die in dieser zusammenfassenden Darstellung niedergelegten Anschauungen von der Ent-

stehung der fast regelmässig bei wiederbelebten Erhängten beobachteten Erscheinungen wandte sich später Möbius [4], und durch diesen mit bemerkenswerter Schärfe geführten Widerstreit der Meinungen wurde das Interesse für diese Frage erst eigentlich geweckt.

Wagner verfügte bereits über 19 Fälle (17 ältere fremde und 2 eigene Beobachtungen), Hofmann bezieht sich auf 3 Fälle; im weiteren veröffentlichten dann noch Wollenberg 5 [5], Lührmann 3 [6], Alter 3 [7], Sommer 2 [8], Brackmann [9], Kompe [10], Seydel [11], Bulakow [12], Boedecker [13], Raecke [14], Dohrn [15], Brie [16], Hess [17] je 1 Fall, so dass zur Zeit wohl 44 Beobachtungen vorliegen. [Nach Brie (Grafenberg) wären 1904 bereits 48 Fälle in der Literatur beschrieben gewesen; ich selbst konnte jedoch nur 44 in der Literatur finden einschliesslich des von Brie beschriebenen Falles.]

Bevor ich diesen 44 Beobachtungen einen neuen Fall anreihe, sei es mir gestattet, zunächst etwas näher auf die Krankheitserscheinungen, welche wiederbelebte Erhängte zu bieten pflegen, und die anatomischen und physiologischen Verhältnisse, unter welchen diese Erscheinungen zustande kommen, einzugehen.

Verfolgen wir zunächst einmal genauer den Vorgang des Erhängens: Das Erhängen geht in der

Weise vor sich, daß der Betreffende sich die Schlinge eines Stranges oder strangartigen Gegenstandes um den Hals legt und nun sein eigenes Körpergewicht wirken lässt, wodurch die Schlinge, deren anderes Ende irgendwo befestigt ist, natürlich zugezogen und so der Hals fest zusammengeschnürt wird. Diese Zusammenschnürung des Halses muß den Verschluß der Atemwege und die Kompression anderer, am Halse gelegener, wichtiger Organe, nämlich der grossen Halsgefässe: Karotiden und Jugularvenen und der hier verlaufenden nervösen Gebilde, insonderheit der Vagi, zur Folge haben.

Was zunächst den Verschluß der Atemwege angeht, so erfolgt derselbe nur in Ausnahmefällen durch Kompression des Kehlkopfes oder gar der Trachea; vielmehr findet dieser Verschluß in den weitaus meisten Fällen dadurch statt, daß die Schlinge oberhalb des Kehlkopfes zwischen diesem und dem Zungenbein zu liegen kommt, sodaß also der Zungengrund gegen die hintere Rachenwand angepresst wird, wobei die einzelnen Gebilde gleichzeitig nach oben gezerrt und verschoben werden. Diesen Verschlussmechanismus haben Langreuther [18] und Haumeder [19] direkt beobachtet und an suspendierten Leichen experimentell nachgewiesen. Dieser Verschluß der Atemwege ist für sich allein imstande, alsbald Erstickungserscheinungen und den Tod zu bewirken.

In zweiter Linie käme dann beim Erhängen in Betracht, daß die Kompression der grossen Halsgefässe, insbesondere der Karotiden und der Jugularvenen, eine plötzliche Sistierung des Blutkreislaufes in der Schädelhöhle herbeiführt. Zufluß wie Abfluß des Blutes zum und vom Gehirn werden dadurch mit einem Schlage unterbrochen und wir sehen als erste Reaktion dieser Störung der Hirnernährung alsbald Hirnerscheinungen, in erster Linie Bewusstlosigkeit auftreten, und zwar früher, als sie beim einfachen Verschluß der Atemwege eingetreten wäre, da bei letzterem die Oxydationsprozesse im Gehirn erst sekundär, bei ersterem aber primär aufgehoben werden. Daß die Unterbrechung des Hirnkreislaufes durch Strangulation eine vollkommene ist, haben Haberda und Reiner [20] experimentell nachgewiesen, indem sie zeigten, daß beim typischen Erhängen sogar die Vertebral-Arterien in dem zwischen I. und II. Halswirbel gelegenen Abschnitt komprimiert werden. Kussmaul und Tenner sahen nach Kompression der Karotiden Betäubung, Ohnmacht, Bewusstlosigkeit auftreten und die gleichzeitige Unterbindung aller, das Gehirn versorgender Arterien verursachte sofortige Bewusstlosigkeit und klonische Krämpfe. Filehne [21] beobachtete nach Kompression der Karotiden das Cheyne-Stokes'sche Atemphänomen und Kompe [10] machte dieselbe Beobachtung in seinem Fall.

Auch der Umstand, daß der nervus vagus mit der carotis und der jugularis interna in einer gemeinsamen Scheide verläuft, ist, worauf Kompe[10] zuerst aufmerksam gemacht hat, in Betracht zu ziehen. Wir wissen aus der Physiologie, daß der nervus vagus die Tätigkeit des Herzens hemmende Fasern führt. Eine intensive Kompression der beiden vagi also haben, wie Tamassia und Misuraca[22] durch Tierexperimente nachweisen konnten, Herabsetzung der Atemfrequenz und Vermehrung und Schwäche der Herzpulsationen zur Folge, sodaß also durch dieselbe der Eintritt des Todes bei der Strangulation beschleunigt wird. Den Untersuchungen von Ignatowsky[23] Haberda und Reiner[24] zufolge ist mehr die mechanische Reizung des nervus vagus mit dem daraus resultierenden Herzstillstand in der Diastole im Spiele, die den Vagusstamm entweder direkt oder, wie Ignatowski findet, wahrscheinlich vom nervus laryngeus und seinen Verzweigungen aus reflektorisch trifft.

Daß der Tod des Erhängten keineswegs nur als eine durch Verschluß der Atemwege bewirkte Erstickung angesehen werden kann, beweist ein von Reineboth[25] veröffentlichter Fall eines Tracheotomierten, der tot an einem Stricke hängend aufgefunden wurde, welcher oberhalb der Kanüle umgelegt gewesen war.

Aus dem Gesagten mag zur Genüge hervor-

gehen, daß die Procedur des Erhängens innerhalb kurzer Zeit den Tod des Individuums herbeiführen muß und daß hauptsächlich die Sistierung des Blutkreislaufs im Gehirn und erst in zweiter Linie die Asphyxie als Todesursache in Betracht kommen. Die Unterbrechung der Blutzirkulation bedeutet also die schwerste Schädigung des Gehirns.

Wird nun ein Erhängter noch rechtzeitig d. h. bevor der Tod bereits eingetreten ist, abgeschnitten und von der Schlinge befreit, so bietet derselbe eine Reihe von interessanten Erscheinungen, die im folgenden etwas näher geschildert werden sollen.

Nach Hofmann können wir diese Erscheinungen einteilen in lokale und allgemeine. Die lokalen, die uns hier weniger interessieren, sind im wesentlichen die Strangulationsmarke, die ganz verschieden aussehen und verlaufen kann je nach dem Material, das die Schlinge bildete. Ferner gehören hierher Läsionen des Zungenbeines und des Kehlkopfes, an die sich entzündliche Schwellungen, Glottisödem und Retropharyngeal-Abscеß anschliessen können. Auch Muskelrupturen, insbesondere aber Rupturen der intima carotis, können zweifellos entstehen und zu schweren Erscheinungen führen.

Diesen lokalen Erscheinungen stehen nun äusserst charakteristische allgemeine Erscheinungen verschiedener Natur gegenüber, deren Deutung und Erklärung Veranlassung gaben zu dem bereits er-

wähnten hitzigen Streit zwischen Wagner und Möbius. Bevor ich auf diese Kontroverse näher eingehe, will ich in Kürze die Erscheinungen allgemeiner Art, wie sie ein vom Strang rechtzeitig Abgeschnittener in der Regel bietet, zu schildern versuchen.

Der Kranke liegt zunächst in tiefer Bewusstlosigkeit da, welche schon wenige Sekunden, nachdem die Schlinge zugezogen, blitzartig eingetreten ist. Dieser Zustand kann von verschieden langer Dauer sein: von einigen Minuten bis zu mehreren Tagen. Es soll die Dauer der Bewusstlosigkeit gewissermassen der Gradmesser sein für die vorausgegangene Schädigung des Gehirns und in einem gewissen Verhältnis stehen zur Dauer der Strangulation.

Kurz, bevor das Bewusstsein zurückkehrt, treten nun in den meisten Fällen Konvulsionen, eigenartige Krämpfe, auf. Dieselben scheinen mit der Vertiefung der Respiration zusammen zu fallen. Charakteristisch ist, daß sie niemals direkt nach dem Abschneiden des Strangulierten, sondern erst einige Zeit später, welche zwischen wenigen Minuten und einigen Stunden schwanken kann, auftreten. Auch die Dauer der Konvulsionen schwankt innerhalb weiter Grenzen. Die Krämpfe werden ihrem Charakter nach meist als epileptiforme bezeichnet, selten als tetanische; in einigen Fällen schlossen sich an

die Krämpfe zwangsweise Gehbewegungen, manchmal als Manegebewegungen an.

Erst nach Aufhören dieser Konvulsionen kehrt meistens das Bewusstsein wieder zurück. Und nun beobachtet man eine neue charakteristische Erscheinung, wenigstens in der weitaus grössten Anzahl der Fälle: eine Lücke in der Erinnerung, welche nicht nur den Zeitraum des vorausgegangenen Bewusstseinsverlustes umfasst, sondern auch die Erinnerung an den ausgeführten Selbstmordversuch selbst, ja sehr häufig erstreckt sich diese Amnesie retrograd auch noch auf eine mehr oder minder lange Spanne Zeit, die dem Selbstmordversuch vorausging. Bisweilen dehnt sich auch diese Amnesie noch auf einen gewissen Teil der Zeit unmittelbar nach wiedererlangtem Bewusstsein aus. Erst ganz allmählich füllt sich diese Lücke in der Erinnerung wieder aus, um schliesslich ganz zu verschwinden.

Eine weitere Erscheinung, die aber nicht in allen Fällen zur Beobachtung kommt, ist das Auftreten einer seelischen Störung, einer Psychose von verschiedener Dauer. Meist handelt es sich nur um eine vorübergehende verworrene Erregtheit, und nur in einigen wenigen Fällen konnte eine dauernde Psychose beobachtet werden.

Das klinische Bild, wie es sich bei wiederbelebten Erhängten zeigt, hat unverkennbare Ähnlichkeit mit einem Symptomenkomplex, den man in der

neuesten Zeit mit einem besonderen Namen belegt hat: man spricht von einem Korsakow'schen Symptomenkomplex und versteht darunter ein Krankheitsbild, welches charakterisiert ist:

1. durch Defekte der Merkfähigkeit; neue Erfahrungen haften nicht, retroaktive Amnesie.

2. durch die Unorientiertheit in örtlicher und zeitlicher Beziehung. Die zeitliche stellt sich dabei vielfach als Folge der Störung der Merkfähigkeit dar. Ferner: durch Situationsverkennung, Konfabulationen, Pseudoreminiszens, absurde Grössenideen.

Man sieht, das hier charakterisierte Krankheitsbild trifft nicht ganz das, was gewöhnlich nach einem rechtzeitig vereiteltem Erhängungsversuch an Krankheitserscheinungen beobachtet wird. Es ist daher gut, nur dann von einem Korsakow'schen Symptomenkomplex zu sprechen, wenn alle Symptome, die ihn charakterisieren, wirklich vorhanden sind. (Bonhöfer [29]).

Während nun Wagner in einem 1889 erschienenen Aufsatze [3] die eben kurz geschilderten Erscheinungen auf die Veränderungen zurückführt, welche im Gehirn durch die Strangulation entstehen, vertritt Möbius [4] mit Nachdruck die Anschauung, daß die Konvulsionen und die Amnesie der wiederbelebten Erhängten nichts anderes seien als schwere Symptome der Hysterie. Es sei mir gestattet, bei dieser Kontroverse Wagner-Möbius, welche die

Frage nach der Entstehung dieser Erscheinungen eigentlich erst ins Rollen gebracht hat, noch etwas zu verweilen.

Der Streit dreht sich im wesentlichen um die Erklärung namentlich der beiden Phänomene der Krämpfe und der Amnesie. Wagner bezieht diese Erscheinungen auf die Veränderungen, welche das Gehirn durch die Strangulation erleidet, nämlich die Asphyxie und den Verschluß der Karotiden. Daß die Asphyxie das Gehirn durch den Mangel an Sauerstoff sehr rasch beeinträchtigt, ergiebt sich aus der Beobachtung, die man bei einfacher Erstickung machen kann: es tritt sehr bald nach vollständigem Abschluß der Sauerstoffzufuhr Bewusstlosigkeit auf und zwar schon dann, wenn Atmung und Herzschlag noch kräftig weiterbestehen; auch bei der Erstickung sieht man regelmässig allgemeine Konvulsionen auftreten. Wagner zieht auch die Erscheinungen, welche nach Kohlenoxydgasvergiftung, „die ja auch eine Art Erstickung ist", in das Bereich seiner Betrachtungen, indem er darauf hinweist, daß die Ernährungsstörung in einzelnen Hirnpartien eine solche Höhe erreicht, daß ein Ausgleich der gesetzten Störungen nicht mehr möglich ist und daß die betreffenden Partien der Nekrose verfallen. Jedenfalls treten auch nach Wiederherstellung der normalen Ernährungbedingungen nicht auch gleich wieder normale Verhältnisse auf, sondern es ist erst eine bestimmte Zeit dazu notwendig, um einen ge-

wissen Ausgleich herbeizuführen. Auch der Karotidenverschluß, selbst wenn er nur (z. B. bei notwendigen Unterbindungen) einseitig erfolgt, ist oft von schweren Folgen für das Gehirn begleitet: es treten häufig nervöse Störungen in Form von Hemiplegien auf, welche durch Erweichungsherde infolge mangelhafter Ernährung in einer Hemisphäre bedingt sind. Endlich weist Wagner darauf hin, daß, wie Knoll [26] experimentell nachgewiesen hat, nach temporärem Verschluß mehrerer oder auch nur einer Hirnarterie die hierdurch herbeigeführte Hirnanämie einer bedeutenden Hyperämie in dem Momente Platz macht, wo die Zirkulation wieder frei wird. Bei einem von der Schlinge rechtzeitig Befreiten würde diese Hirnhyperämie erst einige Zeit nach der Abnahme, wenn sich Atmung und Puls zu heben beginnen, eintreten, und dieser Zeitpunkt fällt zusammen mit dem Auftreten der Konvulsionen.

Wagner erörtert nun weiter die Frage: sind diese Konvulsionen der Asphyxie oder dem Verschluß der Karotiden zuzuschreiben und kommt zu dem Schluß, daß wohl beide Ursachen zusammen diesen Effekt haben. Zur Stütze dieser Anschauung führt der genannte Autor das auf Grund von Experimenten formulierte Gesetz Sigmund Mayers [27] an: „ Wenn die terminalen Nervensubstanzen einer Störung ihrer normalen Ernährung ausgesetzt sind, die eine bestimmte, für die bestimmten terminalen

Apparate verschieden lange Zeitdauer nicht überschreiten, so beantworten sie den Wiederbeginn der normalen Ernährungsvorgänge mit der Auslösung eines mehr oder minder intensiven Reizvorganges". Als experimentell erzeugte Ernährungsstörungen verwendete aber Mayer sowohl die Asphyxie, als den Verschluß von Hirnarterien, und unter den beim Wiederbeginn der normalen Ernährungsvorgänge auftretenden Erscheinungen führt er allgemeine Konvulsionen auf.

Bezüglich des zweiten Momentes, der Erscheinung der Amnesie, meint Wagner, daß dieselben ebenfalls eine direkte Wirkung der Schädigung der Gehirnernährung sei, und zwar eine Folge der Hirnhyperämie, daß sie meist eine retroaktive sei und derjenigen nach Gehirnerschütterungen, schweren epileptischen Anfällen, Schädeltraumen, nicht aber der Amnesie nach heftigen Gemütsbewegungen und nach anderen Selbstmordversuchen gleiche.

Namentlich diese beiden Punkte: die Konvulsionen und die Amnesie sind es, gegen deren Deutung, wie sie Wagner will, sich Möbius [4] wendet. Er verkennt zwar keineswegs den Einfluß der Asphyxie und des Karotidenverschlusses, die beide zu „groben Gehirnstörungen" führen können, jedoch erscheint es ihm zweifelhaft, „ob die sozusagen grobmechanischen Erklärungen der Symptome ausreichen". Von der durch Beispiele belegten Tat-

sache ausgehend, daß Erhängen, Erschiessen, Gehirnerschütterung und einfacher Schreck zu demselben Ergebnisse führen können, nämlich zu Konvulsionen und Amnesie, behauptet Möbius, daß die überall wiederkehrende „Gemütserschütterung“ jene Symptome zeitige; sie seien das Resultat einer krankhaften Reaktion auf Gemütsbewegungen. Wenigstens in einem Teil der Fälle handle es sich um traumatische Hysterie d. h. um seelisch vermittelte Symptome.

Beide Autoren konnten sich trotz langer, heisser Kontroverse, in welcher alles, was nur irgend als Beweis für und gegen gelten konnte, ins Treffen geführt wurde, nicht einigen, und noch heute gilt die Frage, trotzdem ein reicheres Material vorliegt und mehrere Autoren mit klangvollen Namen ihre Kraft eingesetzt haben, als noch nicht definitiv entschieden.

In hervorragender Weise hat sich Wollenberg [5] um die Lösung der in Rede stehenden Fragen bemüht. Er hat sich im Wesentlichen zu der Anschauung Wagners bekannt.

Mit dem Phänomen der retrograden Amnesie hat sich speciell Paul [28] beschäftigt. Auch dieser Autor glaubt den hysterischen Charakter der Konvulsionen und der Amnesie verneinen zu sollen und neigt ebenfalls der Anschauung Wagners zu. Alter [7], welcher neuerdings die Literatur um drei

einschlägige Fälle bereichert hat, erklärt die Krankheitserscheinungen, welche nach Wiederbelebung Erhängter auftreten, als „eine Intoxikations-Psychose von akutester Form; die Konvulsionen und die komplizierten Motilitätsstereotypien, welche z. T. als Reizungsvorgänge, z. T. als Ausfallserscheinungen aufgefasst werden müssen, resultieren aus der mit der Strangulation verbundenen Schädigung der zelligen Elemente namentlich der Hirnrinde; die Amnesie ist eine reine Ausfallserscheinung, welche den psychotischen Zustand im engeren Sinn überdauern kann. Eine hysterische Individualität kann innerhalb gewisser Grenzen das Krankheitsbild - wie jedes andere - beeinflussen, aber nie motivieren."

Auch Sommer [8], welcher über 2 eigene Beobachtungen berichtet, schliesst sich Wagner an, ebenso Brie [16] und Hess [17].

Der Ansicht Möbius von dem hysterischen Charakter der Konvulsionen und der Amnesie huldigt vor allen Brackmann [9], in dessen Fall auch eine retrograde Amnesie nicht zur Beobachtung kam. Auch Lührmann [6] tritt auf Grund einer eigenen Beobachtung — er veröffentlicht drei Fälle und stützt seine folgende Ansicht auf seinen Fall II — für den hysterischen Charakter der Konvulsionen ein, wenn er auch denselben nicht generell für alle Fälle in Anspruch nehmen will.

Die Mehrzahl der Autoren, welche sich mit

der in Rede stehenden Frage beschäftigt haben, neigt, z. T. mit kleinen Einschränkungen, der Ansicht Wagners zu. Eine endgiltige Klärung und Entscheidung der ganzen Streitfrage ist aber noch nicht erfolgt und kann wohl auch erst nach Beibringung von neuen Beobachtungen der Entscheidung näher gerückt werden.

Der Zweck der vorliegenden Arbeit ist es nun, einen neuen hierher gehörigen Fall, den mir Herr Professor Dr. Specht gütigst zur Bearbeitung und Veröffentlichung überlassen hat, beizutragen.

Der 15 Jahre alte Metzgerlehrling J. K. in E. hatte am 9. V. 03 einen Selbstmordversuch durch Erhängen gemacht, war rechtzeitig losgeschnitten worden und am gleichen Tage noch in die Kreisirrenanstalt E. verbracht worden. Die Krankengeschichte berichtet darüber folgendes: Patient wird durch die Sanitätsmannschaft gebracht. Ein dieselbe begleitender Bewohner des gleichen Hauses, in welchem Patient bisher als Lehrling beschäftigt gewesen, teilt mit: K. ist seit etwa einem Jahre Lehrling in einer hiesigen Metzgerei. Von Beginn der Lehrzeit an zog er sich zahlreiche Rügen seines Meisters und der Gesellen zu, weil er „ so schlecht, böse und faul " sei. Er habe oft stundenlang auf einem Fleck gesessen und in eine Ecke gestarrt. Habe man ihn zu solchen Zeiten angeredet, so habe er sich nicht gerührt. Auch sonst sei er immer eigentümlich

„empfindlich“ gewesen und habe „viel dumme Streiche“ gemacht. So habe er z. B. Würste aus dem Laden seines Meisters gestohlen und diese auf der Strasse an andere Jungen einfach verschenkt. Eine ähnliche Geschichte sei mit einem Ring vorgekommen.

Nachdem er nun heute früh (am Tage der Aufnahme) auch wieder den Unwillen seines Meisters erregt habe, sei ihm von demselben einmal alles ernstlich vorgehalten worden. Kurz darauf sei K., um Holz zu holen, auf den Speicher gegangen, und, da sein Ausbleiben auffiel, habe man nachgesehen und ihn auf dem Boden in einer Schlinge hängend gefunden. Er wurde abgeschnitten, man übergoß ihn mit kaltem Wasser und er atmete bald wieder. Der eiligst herbeigeholte Arzt fand den K. bewusstlos auf dem Dachboden liegend mit Händen und Füssen convulsivisch schlagend und laut schreiend. Auf Fragen und Anruf war keine Antwort zu erhalten. K. zeigte sich völlig benommen und verwirrt. Der Arzt ordnete daher die Transferierung des K. in die Kreisirrenanstalt an, wo Patient in hochgradiger Aufregung und sichtlich grosser Angst ankam. Er warf sich fortwährend auf der Bahre hin und her, zerrte an seiner Hülle — er war an der Bahre festgebunden — und schrie und weinte laut hinaus. Patient war total verwirrt; auf Fragen war keine Antwort oder doch nur unverständliche Laute

zu erzielen; die Augen hatten etwas Stieres, Angstvolles, aus dem halbgeöffneten Mund floß Speichel.

Dieser Zustand änderte sich in den folgenden Stunden sehr rasch; zunächst wurde Patient äusserlich etwas ruhiger. Nach dem Bad, gegen das er sich heftig sträubte, ließ die Aufregung in der Bettruhe bald nach. Allmälich schwand auch — wenigstens teilweise - die Verwirrtheit; Patient erfasste den Sinn verschiedener an ihn gerichteter Fragen ganz richtig, wennschon die Sprache noch unverständlich blieb. Die Angst und das Weinen hatten fast ganz aufgehört, nur bestand noch ein leichtes Zittern in den Gliedern. Nach Verlauf von weiteren zwei Stunden ging es auch mit der Sprache etwas besser: Patient sprach wenigstens die Vokale und einzelne Konsonanten deutlich. Als äussere Ursache für dieses Verhalten beim Sprechen zeigte sich die verletzte Zunge; dieselbe war stark gerötet und etwas geschwollen, zeigte an den Rändern mehrere Bisswunden, von denen besonders eine ziemlich tief und scheinbar sehr schmerzhaft war; daneben bemerkte man einige Ekchymosen an der Zungenspitze. Patient berichtet — nunmehr wenigstens oberflächlich orientiert — über seine Personalien und erzählt dann: er sei in der Frühe (des Aufnahmetages) im Schlachthaus im Kühlraum gewesen und habe sich dabei wohl erkältet, mehr wisse er von den Ereignissen dieses Tages nicht. Die Frage:

ob er Anfälle irgend welcher Art habe, bejahte er eifrig; er habe ziemlich oft Zustände, in denen er schwindelig werde, es „reisse ihn dann so“ und er falle bisweilen dabei hin.

Bei der Abendvisite fand der Arzt den Patienten vollkommen ruhig, wenn auch immer noch etwas verwirrt. Die Sprache war wieder nahezu normal geworden. Auf Befragen wiederholte Patient seine Angaben über die Anfälle, unter denen er öfter leide. Auch die Erinnerung an die Vorgänge des Vormittags hatte sich wieder fast ganz eingestellt, aber ebenfalls nur bis zu seiner Tätigkeit im Kühlraum.

Die körperliche Untersuchung des Patienten hatte folgendes Ergebnis: Entsprechend grosser, für sein Alter sehr kräftig gebauter junger Mann von guter Muskulatur. In der ganzen Erscheinung liegt etwas Plumpes, Schwerfälliges. Das Gesicht ist stark cyanotisch, desgleichen die Extremitäten. Die Atmung ist beschleunigt, röchelnd, der Puls kräftig, von normaler Zahl. An dem auffallend dicken Hals findet sich — am deutlichsten und breitesten in der vorderen Peripherie — eine Strangulationsmarke, dunkelrot gefärbt, leicht geschwollen, sichtlich sehr schmerzhaft, besonders in der Kehlkopfgegend. Am rechten Oberarm mehrere blaue Flecke. Die Pupillen zeigen wechselndes Verhalten, bald rascher, bald träger reagierend, vorübergehend ganz starr. Am

inneren rechten Augenwinkel ein Blutaustritt (starke Injektion) in die conjuctiva bulbi. Die Zunge, von oben geschilderter Beschaffenheit, wird unter sehr starkem Zittern herausgestreckt. Sonstige Reflexe normal. Brust- und Bauchorgane ohne Besonderheiten.

11. V. 03. (also 2 Tage später): Patient hat sich gestern und heute vollkommen ruhig verhalten, doch ist er immer noch etwas verwirrt, „so schwindelig und benommen im Kopf." Er scheint noch stark erschöpft zu sein.

Das Gedächtnis hat sich nunmehr bis zur Szene mit dem Meister eingestellt. Patient erzählt, daß er sich jetzt erinnere, wie er vom Schlachthaus Mittags um zwölf Uhr zurückgekehrt sei, und wie ihn sein Meister gezankt habe, weil er so lange ausgeblieben wäre. Was dann weiter erfolgt ist, das weiß Patient nicht. Ferner erzählt er, daß er erst vor acht Tagen einen schweren Anfall gehabt habe, in dem er hingefallen sei und sich dabei auf die Lippen gebissen habe; (in der Unterlippe ist die Spur einer ziemlich frischen Bisswunde zu sehen).

15. V. 03. (also am sechsten Tage nach der Aufnahme): Patient ist heute ganz klar, vollkommen über Zeit, Ort und Verhältnisse orientiert. Er macht in fliessender Sprache durchaus brauchbare und geordnete Angaben. Er berichtet u. a. folgendes: .. .. Im September vor. Js. kam ich in die Metz-

gerei. Anfangs gefiel es mir ganz gut; aber im Winter musste ich so viel frieren. Ich wollte immer wieder weggehen, doch ließ das mein Vater nicht zu. Darauf nahm ich mir vor, mich zu erhängen; denn davonlaufen wollte ich nicht, weil ich immer viele Kundengelder einzukassieren hatte, die ich erst abends abgab; sonst hätte der Meister gedacht, ich wäre des Geldes wegen durchgebrannt.

An dem bewussten Samstag bin ich, als ich um zwölf Uhr heimkam, vom Meister gescholten worden und nachher auch vom alten Gesellen, weil ich zu lange ausblieb. Vom Gesellen erhielt ich ein paar Ohrfeigen, die ich sehr gespürt habe. Und doch habe ich gar nicht früher heimkommen können. Daß ich gescholten und auch noch unverdient geschlagen wurde, das ist mir dann so zu Kopf gestiegen, daß ich mich gleich habe aufhängen wollen. Ich wurde dann auf den Speicher geschickt, um Holz zu holen, und von da ab weiß ich nichts Genaues mehr, weil ich den Kopf ganz voll von dem Gedanken hatte, daß ich mich aufhängen wollte.“

Die starke Injektion der conjunktiva bulbi des rechten Auges ist vollkommen zurückgegangen. Die Zungenbisse sind geheilt und es sind jetzt auch noch eine ganze Reihe alter Narben, von früheren Bissen herrührend, zu sehen. Die Spuren der Strangulation sind im Schwinden begriffen.

Da Patient am 25. V. 03. (also 16 Tage nach dem Selbstmordversuch) keine psychischen Anomalien mehr bot, wurde er auf Antrag der Angehörigen entlassen. —

Fassen wir noch einmal das Charakteristische des eben geschilderten Falles kurz zusammen, so haben wir folgendes Bild: Ein junger Metzgerlehrling von 15 Jahren, augenscheinlich Epileptiker und daher leicht gereizt, führt aus geringfügigem Anlaß einen angeblich schon länger gefassten Vorsatz aus: er hängt sich auf. Er wird rechtzeitig losgeschnitten, ist asphyktisch und bewusstlos und muß erst zum Leben zurückgerufen werden. Es treten Konvulsionen und starke Erregung auf. Nach seiner Aufnahme in der Anstalt schwindet die Aufregung von Stunde zu Stunde, und, obwohl über andere Verhältnisse gut orientiert, zeigt sich beim Patienten eine auf mehrere Stunden vor der Tat zurückgreifende retroaktive Amnesie, eine Lücke in der Erinnerung, die erst nach mehreren Tagen sich langsam wieder ausgleicht. Nach 16 Tagen sind dann alle psychischen Anomalien wieder verschwunden, sodaß die Entlassung des Patienten erfolgen kann.

Im Vordergrund der charakteristischen Krankheitserscheinungen stehen die Konvulsionen und neben der hochgradigen Erregtheit die retrograde Amnesie. Die Konvulsionen kamen nur kurze Zeit zur Beobachtung durch den bald dem Tentamen herbeigeholten Arzt, doch liegen leider über die

Art der Konvulsionen keine genaueren Angaben vor; sie werden nur beschrieben als Schlagen mit Händen und Füssen. Diese Krämpfe wären aber dem behandelnden Arzte gewiß besonders aufgefallen, wenn sie hysterisches Gepräge getragen hätten. Ganz wie beim Tierexperiment traten die Krämpfe erst ein mit Wiederherstellung der Zirkulation und der Vertiefung der Atmung. Sehr deutlich kam zum Ausdruck und wurde in der Anstalt beobachtet die Amnesie. Bevor jedoch der Patient im Stande war, Angaben zu machen, aus denen das Vorhandensein einer Amnesie zu schliessen war, kam eine hochgradige verworrene Erregtheit zur Beobachtung. Der Kranke schrie und weinte laut, war sehr aufgeregt, gab auf Befragen keine Antwort; aus seinem Gesichtsausdruck sprach grosse Angst. Erst bei der Abendvisite, also etwa 5 oder 6 Stunden nach dem Selbstmordversuch, kann der Arzt konstatieren, daß der Kranke „vollkommen ruhig, wenn auch noch etwas verwirrt“ ist. In den nächsten zwei Tagen ist dann auch dieser letzte Rest der Psychose verschwunden und Patient zeigt sich ruhig, vollkommen orientiert und macht geordnete Angaben. Der ängstliche Erregungszustand, wie er in der Anstalt zur Beobachtung kam, hatte nichts spezifisch Hysterisches an sich; es zeigte sich nichts Theatralisches, nichts Übertriebenes in seinem ganzen Gebahren. Auch waren seine Delierien nicht etwa von affektbetonten Vorstellungen erfüllt u. dgl. m.

Die Amnesie, welche sich auch in unserem Fall als retrograd darstellt, weicht ebenfalls im Laufe der ersten Tage schrittweise und füllt sich ganz allmälich mit Erinnerungsbildern. Die ersten Angaben des Kranken lassen erkennen; daß er sich nur noch daran erinnert, daß er in der Frühe des 9. Mai im Schlachthaus gewesen ist. Da er augenscheinlich nach einer Erklärung für seinen derzeitigen krankhaften Zustand und seinen Aufenthalt an einem fremden Orte sucht, so giebt er der Vermutung Ausdruck, er habe sich wohl im Kühlraum des Schlachthauses erkältet. Noch ungefähr 6 Stunden nach dem Erhängungsversuch war dieselbe Lücke in der Erinnerung des Patienten vorhanden, obwohl im übrigen Befinden eine ausgesprochene Besserung zu konstatieren war und auch die schon von Anbeginn an vorhandene Erinnerung an die Vorgänge des Vormittags bis zu seiner Tätigkeit im Kühlraum noch sicherer und deutlicher hervortrat. Erst zwei Tage später hat sich das Gedächtnis wieder eingestellt bis zu dem Moment, als er mittags gegen 12 Uhr aus dem Schlachthaus heimkommt und vom Meister ausgescholten wird. Sechs Tage nach der Tat hat sich dann die Erinnerung wieder soweit eingefunden, daß der Patient weiß, daß und aus welchen Gründen er sich aufhängen wollte. Über das Aufhängen selbst und über die Vorgänge nach dem Aufhängen weiß er aber auch jetzt noch keine Angaben zu machen. Sechzehn Tage nach

der Aufnahme wird dann der Kranke entlassen, da er keine psychischen Anomalien mehr bot.

Fragen wir uns nun nach einer Erklärung für diese Erscheinungen: Konvulsionen, Psychose und Amnesie, so könnte man in unserem Falle von einer Beeinflussung des Krankheitsbildes durch die wohl zweifellos vorhandene Epilepsie sprechen. Die ganze Handlung trägt ganz das Gepräge des raschen Affektentschlusses eines reizbaren Epileptikers und es genügte bei der pathologischen Affektuosität unseres Patienten ein lächerlich geringer Anlaß, ihn zum Selbstmord zu treiben. Ob dieser Selbstmordversuch in einem zufällig im Anzug gewesenen epileptischen Dämmerzustande gemacht wurde, ist wohl schwer zu entscheiden. Wäre dies aber der Fall gewesen, so könnte man freilich die nachgefolgte Amnesie auch als einen im Gefolge einer epileptischen Bewusstseinsstörung aufgetretenen Erinnerungsdefekt auffassen, der nur noch durch die Strangulation und die dadurch herbeigeführte Schädigung des Gehirns eine Verstärkung erfahren hätte. Diese Annahme ist aber zu gekünstelt, als daß sie im Ernste hier in Frage käme.

Mit Sicherheit lässt sich aber Hysterie, bezw. ein hysterischer Charakter sowohl der Konvulsionen als auch der Amnesie ausschliessen. Der Patient ist, wie aus der Krankengeschichte hervorgeht, alles andere, nur nicht hysterisch gewesen. Ebenso bot der Verlauf und der Charakter der Krankheitser-

scheinungen bei der Wiederbelebung und nachher nichts, was an Hysterie denken liesse. Auch hinterher waren an dem Patienten keine hysterischen Charakterzüge zu bemerken; er war nachher derselbe torpide, geistig minderwertige Junge, der auch ohne nähere Kenntnis seines Vorlebens als Epileptiker imponierte, wie ihn gleicherweise die Anamnese zeigt. Es hat sich ferner während der Reconvaleszenz nichts in seinem Benehmen gezeigt, was darauf schliessen liesse, daß etwas in seiner Seele nachschwinge, sondern er war stets derselbe für gewöhnlich gleichgültige, wenn auch epileptisch reizbare Mensch. Hysterische Stigmata waren ebenfalls nicht nachweisbar. Auch konnte die Amnesie durch suggestive Fragen nicht behoben werden.

In unserem Falle lassen also Konvulsionen, Psychose und Amnesie, nachdem wir Hysterie mit Sicherheit und im Hinblick auf das uns hier beschäftigende Krankheitsbild auch Epilepsie als direkte Ursache höchst wahrscheinlich ausschliessen können, nur eine Deutung zu: nur die Strangulation mit ihrer „grobmechanischen Schädigung des Gehirns“ speziell der sehr empfindlichen Gebilde der Hirnrinde haben die beschriebenen Erscheinungen hervorgerufen. Die von uns im Übrigen mit Sicherheit angenommene Epilepsie kann bei der Beurteilung der Symtome nach der Wiederbelebung doch eigentlich erst in zweiter Linie in Frage kommen, weil ihr Einfluß nicht mit derselben Schärfe nachgewie-

sen werden kann, als die Strangulation, welche durch Karotidenverschluß, Asphyxie und vielleicht auch Vagusreizung derartig schwere Gehirnschädigungen setzte, daß alle Krankheitserscheinungen dadurch allein genügende Erklärung finden.

Mit vollem Recht glaube ich daher auch den vorstehend geschilderten Fall als einen Beweis für die Richtigkeit der Wagner'schen Erklärung bezeichnen zu dürfen.

Zum Schlusse sage ich Herrn Professor Dr. Specht für die gütige Überlassung des Falles meinen besten Dank.

Literatur.

1. Gaupp „ Ueber den Selbstmord " München 1905.
2. Hofmann, Lehrbuch der gerichtlichen Medizin, 4. Auflage.
3. Wagner „ Ueber einige Erscheinungen im Bereiche des Central-Nervensystems, welche nach Wiederbelebung Erhängter beobachtet werden" Jahrbücher für Psychiatrie Band VIII Heft 3.
4. Möbius „ Ueber die Seelenstörungen nach Selbstmordversuchen " Münchener Medizinische Wochenschrift 1892 No. 36 1893 No. 5. 7. 10.
5. Wollenberg „ Weitere Bemerkungen über die bei wiederbelebten Erhängten auftretenden Krankheitserscheinungen. " Archiv für Psychiatrie Band 32 pag. 241
6. Lührmann „ Über Krämpfe und Amnesie nach Wiederbelebung Erhängter " Zeitschrift für Psychiatrie Band 52 pag. 185.
7. Alter „ Zur Pathogenese der Krankheitserscheinungen bei wiederbelebten Erhängten, " Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie Band 14 Heft 1.

8. Sommer „ Zur Kenntnis der amnestischen Störungen nach Strangulationsversuchen. “ Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie 1903 No. 14.
9. Brackmann „ Über Erscheinungen bei Wiederbelebten nach Strangulation. “ Neurologisches Centralblatt 1896 pag. 530.
10. Kompe „ Zur Beurtheilung der Konvulsionen nach Wiederbelebnng Erhängter. “ Neurologisches Centralblatt 1897 pag. 312.
11. Seydel „ Über die Erscheinungen bei Wiederbelebten nach Suspension und Strangulation und deren gerichtsärztliche Bedeutung.“ Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin 1894 Heft 3.
12. Bulakow in der allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie 1892.
13. Boedecker „ Über einen Fall von retro-anterograder Amnesie nach Selbstmordversuch durch Erhängen. “ Neurologisches Centralblatt 1895 No. 11.
14. Raecke „ Ein Fall von Korsakow'schem Symptomenkomplex nach Strangulation. “ Journal für Psychologie nnd Neurologie Band III pag. 165 ff.
15. Dohrn „Ein Fall von retrograder Amnesie nach Strangulation” Dissertation, Kiel 1903.
16. Brie „Zur Kenntniss der Psychosen nach

Strangulationsversuch." Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie 1904 No. 174.
17. Hess „Retrograde Amnesie nach Strangulationsversuch und nach Kopftrauma." Neurologisches Centralblatt 1903 No. 24 pag. 1157.
18. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin Band 45 pag. 294.
19. Haumeder „Ueber den Entstehungsmechanismus der Verletzungen des Kehlkopfes und des Zungenbeines beim Erhängen." Wiener medizinische Blätter 1882 No. 24 und 25.
20. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin 1894 pag. 126.
21. Medizinisches Centralblatt 1875 pag. 810.
22. Virchow's Jahrbücher 1881 I.
23. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin 1893 VI.
24. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin 1894 VIII.
25. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin 1895 IX pag. 265.
26. Sitzungsbericht der kaiserlichen Akademie der Wissenschaften Band 93.
27. Sitzungsbericht der kaiserlichen Akademie der Wissenschaften Band 81.
28. Paul „Beiträge zur Frage der retrograden Amnesie." Archiv für Psychiatrie Band 32 pag. 250.
29. Bonhöfer „Der Korsakoff'sche Symptomen-

komplex in seinen Beziehungen zu den verschiedenen Krankheiten. " Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie No. 173.

Lebenslauf.

Geboren am 20. April 1868 in Gladenbach (Provinz Hessen-Nassau) besuchte ich zunächst die Volksschule meiner Vaterstadt. Dann absolvierte ich 1889 das kgl. Gymnasium zu Marburg (Hessen) und studierte mit mehrjähriger Unterbrechung in Marburg und Erlangen Medizin, woselbst ich im Mai 1903 das Staatsexamen bestand. Seit Juli 1903 praktiziere ich in Burgfarrnbach.